

	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE APENDICECTOMIAVIDEOLAPAROSCÓPICA OU CIRURGIA ABERTA	CAP 002
		VERSÃO: 00

Nome do Paciente:		
Nº do Atendimento:	Idade:	Data Internação:

O presente Termo de Consentimento tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com a realização de APENDICECTOMIAVIDEOLAPAROSCÓPICA OU CIRURGIA ABERTA.

Esclareceu-me que irei ser submetido a procedimento cirúrgico de apendicectomia vídeolaparoscópica, com resultados e benefícios comprovados pela literatura médica.

A técnica cirúrgica que será utilizada me foi explicada com detalhes pelo cirurgião, bem como alternativas – cirurgia aberta – para tratamento da apendicite. Minha cooperação, seguindo as orientações médicas no pós-operatório, se faz necessária para o melhor resultado do procedimento cirúrgico; que me foi explicado e estou ciente dos seguintes riscos que o procedimento cirúrgico acarreta: abscesso intraperitoneal, pileflebite, fístula estercoral, ílio paralítico, complicações hemorrágicas, obstrução intestinal secundária a aderências e hérnia incisional. Assim como os riscos provenientes da vídeolaparoscopia: Embolia gasosa (rara), hipotensão arterial, arritmias, enfisema subcutâneo, pneumomediastino, pneumotórax, lesões inadvertidas do cautério, lesões durante a introdução com a agulha de Verris e dos trocartes (0,002%), dores nos ombros. Podem ocorrer riscos não previstos, tais como complicações clínicas secundárias ou não à comorbidades pré-existentes;

Compreendo o que foi exposto acima e que realmente desejo ser submetido a esse tratamento.

ESPAÇO RESERVADO PARA SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Assinatura do Paciente ou Responsável

RG

Assinatura do médico/CRM e Carimbo

Teófilo Otoni _____ de _____ de _____